

An alle Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen, die am HKS-Sondervertrag mit der TK teilnehmen.

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:**  
Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 - 900  
service-center@kvberlin.de

25. März 2014

## 2. Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag des ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse - Neu: Austausch der Teilnahmeerklärung des Versicherten

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

seit dem 01.01.2010 besteht zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Techniker Krankenkasse (TK) ein „Hautscreeningvertrag“. Die Versicherten der Techniker Krankenkasse, welche die Leistungen des Vertrages zum Hautscreening in Anspruch nehmen möchten, müssen gemäß der 1. Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag ihre **Teilnahme schriftlich** erklären. Mit dem 3. AMG-Änderungsgesetz wurde nun die gesetzliche Grundlage für die schriftliche Teilnahmeerklärung neu gefasst. Einerseits ist die Bindungsfrist für den Versicherten verkürzt worden, andererseits ist die Übermittlung der Teilnahmeerklärung vom Arzt an die Krankenkasse nicht mehr erforderlich. In der Satzung der TK ist nunmehr für die Teilnehmer an den Verträgen nach § 73c SGB V eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende geregelt.

Der Vertrag mit der Techniker Krankenkasse ist daher mit Wirkung zum 01.04.2014 erneut ergänzt worden:

### Neu:

- Die **Teilnahmeerklärung wird ausgetauscht**. Die aktuelle Teilnahmeerklärung (ab 01.04.2014) finden Sie beiliegend.
- Die Teilnahmeerklärung wird **für die Dauer eines Jahres in der Praxis archiviert**. Sie kann auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)) unter: *Für die Praxis*→*Verträge/Recht*→*Verträge* abgerufen werden.

Diese Änderung gilt aktuell **nur** für den Vertrag mit der **Techniker Krankenkasse**. Zudem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Leistungen im Rahmen dieses Vertrages nur für Versicherte ab Vollendung des 20. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres unter Abgabe der Teilnahmeerklärung abgerechnet werden können.

Eine aktuelle Übersicht der bestehenden Hautscreening-Verträge sowie die 2. Ergänzungsvereinbarung finden Sie ebenfalls auf der Homepage der KV Berlin.

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter des Service-Centers gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

Neue  
Teilnahme-  
erklärung des  
Versicherten

1-jährige  
Archivierung  
der Teilnahme-  
erklärung  
durch den Arzt

☎ 31003-999

## TK-Angebot zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das TK-Angebot „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Sie daran teilnehmen können.

### Mehr als der Standard

Die Techniker Krankenkasse bietet Ihnen für Ihre Behandlung eine besondere Versorgung an. Ihr behandelnder Arzt hat mit der TK dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung geschlossen.

Die ambulante Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

### Mehr Qualität

Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte, welche im Vertrag geregelt sind. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte und Therapeuten wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver. Über die Inhalte bzw. vertraglichen Leistungen informiert Sie Ihr Arzt.

### Hochwertige Behandlung

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert.

### Genau dokumentiert - bestens informiert

Bei der Behandlung erheben die Therapeuten einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Ärzte und Einrichtungen können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Alle Beteiligten können sich gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Die TK hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation.

### Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Leistungserbringer beauftragen eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten von den Leistungserbringern zu diesem Zwecke an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

### Qualitätssicherung durch die TK

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Falls Ihre Behandlung für diese Zwecke ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

### Ihre Meinung zählt!

Um fortwährend die Behandlungsqualität unserer besonderen Versorgungsangebote beurteilen zu können, führen wir regelmäßig Befragungen zur "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" durch.

### So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden.

### Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Weitere Informationen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihrem Arzt und unter [www.tk.de](http://www.tk.de).

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

per Telefax an: **040 - 28 80 85 - 598**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort „73c“  
22291 Hamburg

**Vertragsnummer:** 500015

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Verfahrens

### Ja, ich möchte an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmen

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Techniker Krankenkasse übermittelt.

### Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

### Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten und Therapeuten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

### Einwilligung in die Arztbindung

Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Bei Verstößen können mir die hierdurch entstehenden Kosten auferlegt werden. Die TK behält sich die Möglichkeit vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen.

Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung widerrufen werden.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

### Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann aber nicht mehr möglich.

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Leistungserbringer die Daten Name, Vorname, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahme-daten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

Ort, Datum

Stempel des Leistungserbringers

Unterschrift TK-Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt